

DISSERTATION

N° 9.

SUR

L'ACCOUCHEMENT MANUEL,

SES CAUSES,

ET LA MANIÈRE DE LE TERMINER ;

*Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris,
le 12 janvier 1832, pour obtenir le grade de Docteur en
médecine ;*

PAR FRANÇOIS-FERDINAND POMMIER, né à Gévillè ,

Département de la Manche ;

Bachelier ès-lettres , Bachelier ès-sciences ; Élève de première classe
de l'École de Perfectionnement.

Sumite naturam ducem , non errabis.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine , rue des Maçons-Sorbonne , n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.

MESSIEURS

Anatomie.....	CRUVELLHIER.
Physiologie.....	BÉRARD.
Chimie médicale.....	ORFILA.
Physique médicale.....	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale.....	RICHARD.
Pharmacologie.....	DEYEUX.
Hygiène.....	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale.....	{ MARJOLIN.
	{ CLOQUET.
Pathologie médicale.....	{ DUMÉRIL.
	{ ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BROUSSAIS, <i>Examinateur.</i>
Opérations et appareils.....	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale.....	ALIBERT.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés.....	MOREAU, <i>Président.</i>
	LEROUX, <i>Examinateur.</i>
Clinique médicale.....	{ FOUQUIER.
	{ BOUILLAUD, <i>Examinateur.</i>
	{ CHOMEL.
	{ BOYER.
Clinique chirurgicale.....	{ DUBOIS, <i>Suppléant.</i>
	{ DUPUYTREN.
	{ ROUX.
Clinique d'accouchemens.....	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
BAUDELLOCQUE.	GERDY, <i>Examinateur.</i>
BAYLE.	GIBERT.
BLANDIN.	HATIN.
BOUVIER.	LISFRANC, <i>Examinateur.</i>
BRIQUET.	MARTIN SOLON.
BRONGNIART.	PIORRY.
COTTEREAU, <i>Suppléant.</i>	ROCHOUX.
DANCE.	SANDRAS.
DEVERGIE.	TROUSSEAU.
DUBLED.	VELPEAU.
DUBOIS.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MÂNES
DE MA TANTE.

Regrets éternels!!!

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

*Faible témoignage de mon amour filial et d'une reconnaissance
sans bornes.*

A MES FRÈRES, A MES SOEURS,
A MES BEAUX-FRÈRES.

Gage d'une amitié inviolable.

F.-F. POMMIER.

AUX MAMANS

DE M. A. TANTIN

Reçu de la somme de 14

2 A MON PÈRE

IT

2 A M. A. TANTIN

Leable témoignage de mon amour filial et d'une reconnaissance
sans bornes.

A MES FRÈRES, A MES SŒURS,

A MES BRUX-FRÈRES

Gage d'une amitié inébranlable.

E. P. TANTIN

AVANT-PROPOS.

EN prenant l'accouchement manuel pour sujet de ma thèse, je n'ai point eu la prétention d'éclaircir les difficultés que présente cette partie de la chirurgie. Ma plume n'enfantera rien de nouveau ; ce travail est réservé à l'homme de génie ; ce n'est pas à un jeune homme tout couvert de la poussière des bancs à reculer les limites d'un art dont il n'a que la théorie : mais frappé des accidens terribles qui menacent l'existence de deux êtres à la fois, convaincu en outre des difficultés incalculables qu'éprouve le médecin-accoucheur pour venir au secours de la femme qui réclame ses soins, je me suis livré à l'étude de cette branche de guérir, afin d'en approfondir la théorie, de m'en rendre la pratique familière, et de secourir, avec plus de chances de succès, les personnes du sexe qui daigneront m'honorer de leur confiance.

ANALYSE

Le présent développement n'a point de son objet
il n'a point en la perspective d'éclaircir les difficultés que pré-
sente cette partie de la chirurgie. Les plans d'opération n'en
de donner, et l'auteur en réserve à l'homme de génie, et
n'est pas à son usage. Il n'en veut point à l'homme de
bonne à recueillir les fruits, et on voit qu'il n'a que la chirurgie
dans l'opinion des médecins, et qu'il n'a point l'opinion de
leur état à la fois, comme on voit les distinctions établies
entre les différents degrés de la médecine, et les différents
de la science qui réclame son aide, et les différents degrés de la science
de cette branche de la science, et les différents degrés de la science
de la science de la science, et les différents degrés de la science
plus de la science de la science, et les différents degrés de la science
rent en honneur de leur science.

DISSERTATION

SUR

L'ACCOUCHEMENT MANUEL,

SES CAUSES ,

ET LA MANIÈRE DE LE TERMINER.

Si l'on ne considérait que la facilité avec laquelle la plupart des femmes accouchent à la campagne et même au sein des villes , on serait porté à croire qu'elles n'ont besoin d'aucun secours ; mais il s'en faut bien que toutes jouissent d'un aussi rare bonheur ; il en est parmi elles qui courent les plus grands dangers , lorsqu'elles sont entièrement livrées aux ressources de la nature. Le travail de l'enfantement est une fonction si douloureuse, et que tant de causes peuvent rendre funeste , soit à la mère , soit à l'enfant , qu'un médecin doit toujours assister à son exécution. Les fonctions de l'accoucheur ne doivent donc pas se réduire à celles de simple spectateur ; la patience, qu'on lui recommande comme sa principale vertu , doit avoir des bornes.

Je ne prétends point tracer ici un tableau complet des différentes

circonstances qui nécessitent le ministère de la main ; une entreprise aussi vaste ne conviendrait ni à mes forces , ni au but que je me propose ; je veux seulement rassembler dans un cadre étroit le résumé des accidens et des indications de l'accouchement manuel. Voyons si l'art, dans cette occasion comme dans tant d'autres, nous force à admirer sa toute-puissance. Mais avant de passer en revue les cas exceptionnels, il ne sera pas hors de propos de décrire, toutefois avec brièveté, les phénomènes les plus ordinaires de l'accouchement naturel.

De l'accouchement naturel.

Les auteurs qui se sont occupés de cette fonction si importante ont donné des définitions plus ou moins exactes, que je crois inutile de rapporter. Qu'il me suffise de dire que j'entends par *accouchement* : l'expulsion d'un fœtus, vivant et à terme, avec ses dépendances, hors de la cavité de l'utérus, à travers le vagin et la vulve. Voici les phénomènes qu'on observe dans l'accouchement naturel : au commencement du travail, cette importante fonction, l'accouchement, se signale par des douleurs vagues, irrégulières au début, plus prononcées et plus intermittentes par la suite ; toutes partent de l'ombilic et viennent se rendre vers le centre du bassin ; en même temps il découle des parties génitales une mucosité analogue au blanc d'œuf ; le doigt, introduit dans les parties de la femme, sent le col se resserrer sur lui-même à chaque douleur, pour s'élargir de plus en plus dans l'intervalle de ces dernières ; peu à peu la poche des eaux se forme et proémine dans le vagin ; une nouvelle contraction déchire les membranes, l'eau de l'amnios s'écoule, et la tête du fœtus se présente au col de l'utérus ; c'est alors que la douleur est atroce, les plaintes de la femme se changent tout à coup en cris déchirans ; enfin, une dernière douleur fait franchir la vulve à l'enfant, tout rentre dans le repos, et la femme, jouissant du plaisir d'être mère, n'a plus qu'à allaiter son enfant de son sein maternel.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : des circonstances accidentelles

peuvent survenir et compliquer l'accouchement qui s'annonçait d'abord avec les apparences les plus favorables, et ne peut se terminer heureusement pour la mère et pour l'enfant sans le secours d'une main habile.

A l'exemple de *Baudelocque*, je reconnais trois espèces d'accouchemens : 1°. un accouchement naturel, qui se termine par les seules forces de la nature ou de la mère; 2°. un accouchement manuel, qui exige l'emploi de la main; 3°. un accouchement mécanique, qui réclame l'emploi de la main armée d'un ou de plusieurs instrumens. Telle est la classification qu'ont adoptée MM. *Capuron* et *Dubois*, etc., mesdames *Boivin* et *Lachapelle*. Mais je ne dois m'occuper dans ma thèse que de l'accouchement manuel.

De l'accouchement manuel ou que la main seule peut terminer.

Quoiqu'il soit impossible de fixer au juste son rapport avec l'accouchement naturel, il est néanmoins indispensable à l'homme de l'art d'en approfondir la théorie et de s'en rendre la pratique familière.

Les causes de l'accouchement manuel sont essentielles ou accidentelles. Dans le premier cas, c'est toujours la mauvaise situation de l'enfant qui en est la cause. L'enfant est mal situé toutes les fois qu'au lieu de l'une des extrémités de la forme ovoïde, sous laquelle il est ployé dans la matrice, il présente au détroit supérieur quelques-unes des faces du tronc; il est encore mal situé lorsque la tête, au lieu du sommet, ne présente que le visage, l'occiput ou les tempes, dont les dimensions excèdent la largeur du bassin; enfin l'enfant est mal situé ou mal dirigé lorsque les pieds, les genoux ou les fesses, arc-boutés contre quelqu'un des points du bassin, y restent fixes et immobiles, malgré les efforts les plus énergiques de la matrice. Je ne parle point de la mauvaise conformation du bassin; il est évident que la main échouerait dans les vices qui peuvent l'affecter : ce serait d'ailleurs m'éloigner du plan que je me suis tracé, en ce que cette complication est du ressort de l'accouchement mécanique.

Dans le second cas, ce sont différentes circonstances qui viennent compliquer le travail et que je regarde comme autant d'accidens. Ces accidens peuvent dépendre de la mère ou de l'enfant ; de la part de la mère, tels sont : l'hémorrhagie, les convulsions, l'épuisement, la diminution ou la cessation des douleurs, l'asthme, une hernie irréductible ou menacée d'étranglement, un anévrysme, l'obliquité de la matrice, le resserrement du col de la matrice sur le cou de l'enfant, etc. De la part de l'enfant, on compte la sortie prématurée du cordon, son trop de longueur, sa brièveté, une grossesse multiple, etc. Mes juges ne doivent pas ignorer qu'il ne me sera pas possible de décrire ici avec détails chacune de ces causes, qui peuvent, par leur importance, faire l'objet d'une thèse particulière. Cependant voyons, mais avec brièveté, chacun de ces accidens, considéré comme cause de l'accouchement manuel.

A la fin de la grossesse plutôt qu'à toute autre époque, la femme est, par l'état de pléthore accidentel dans lequel elle se trouve, exposée à différentes hémorrhagies. Aussi, fréquemment, pendant les efforts du travail, elle éprouve des pertes de sang par le nez, les voies respiratoires ou digestives : ces hémorrhagies sont souvent sans danger ; facilement elles cèdent aux saignées, aux applications de corps froids sur les parties voisines du siège de l'exhalation, à l'usage des boissons fraîches et astringentes, et à l'inspiration d'un air frais et toujours renouvelé. La chose est beaucoup plus grave si le sang vient de la matrice ; l'hémorrhagie utérine met en danger les jours de la mère aussi bien que ceux de son fruit, et veut être combattue par le repos, la position horizontale, l'éloignement du bruit et d'une lumière trop vive, le séjour dans un appartement frais, bien aéré, des boissons acidules et froides, l'eau de *Rabel* en potion ; les émissions sanguines quand il y a pléthore, mouvement fluxionnaire vers la matrice et symptômes de réaction fébrile, sont des remèdes qui, habilement employés, ont été suivis des résultats les plus avantageux. La ligature des membres inférieurs, employée par les anciens, est un mauvais

moyen , puisque *Hamilton* rapporte avoir rappelé par ce moyen chez une femme des règles qu'un froid subit avait supprimées. Si déjà la femme a perdu beaucoup de sang , que le poulx soit petit , intermittent , que la chaleur semble abandonner les extrémités , c'est aux révulsifs qu'il faut s'adresser. Les manuluves irritans , les frictions sèches sur les membres supérieurs , les ventouses sur la poitrine , seront très-utiles pendant que l'on fait des aspersions d'eau , d'oxycrat ou d'éther sur l'hypogastre. Un moyen auquel M. *Velpeau* accorde beaucoup de confiance , et que je crois bon , est l'application d'un large sinapisme entre les épaules. La titillation du col utérin , conseillée par *Puzos* , est aussi très-utile quelquefois. Le tampon , remède héroïque , selon quelques-uns , rarement utile aux yeux des autres , me paraît un des moyens les plus propres à sauver les jours d'une femme qu'une effrayante perte semble menacer ; il peut donner aux parties le temps de se dilater assez pour recevoir la main de l'accoucheur. Enfin , quand l'hémorrhagie est tellement abondante que rien ne peut la suspendre , et que le plus petit retard à agir peut coûter la vie à la femme , une dernière ressource fournie par l'art est la dilatation forcée du col ; y introduire d'abord un doigt , ensuite deux , puis trois , enfin toute la main , pour achever l'accouchement , est une manœuvre non exempte d'inconvéniens , mais préférable à toute autre dans cette circonstance.

Les convulsions pendant le travail de l'enfantement peuvent tenir à des causes bien variées : un appartement trop chaud , une contrariété , un sentiment de faiblesse extrême , une congestion cérébrale , etc. , sont autant de circonstances qui peuvent produire des convulsions que l'on a nommées *idiopathiques* , et qui dépendent de l'état de l'utérus. La cause de ces accidens étant bien connue , leur traitement est soumis à des règles sûres : évacuer du sang , lui imprimer un mouvement de diversion par les révulsifs , enfin enlever l'obstacle à son cours normal , telles sont les trois indications à remplir pour les faire cesser. Une large saignée du bras , un bain tiède , les révulsifs , tant internes qu'externes , comme l'application de la

glace sur la tête, des sinapismes appliqués sur les membres inférieurs, une potion purgative, satisferont aux deux premiers points. Si cette médication reste sans effet et que l'état du col le permette, il faut rompre les membranes, et terminer, sans plus attendre, l'accouchement par la version de l'enfant, et obéir ainsi à la dernière partie du précepte établi plus haut. Tous les antispasmodiques, tels que l'opium, l'éther, l'eau de mélisse, de fleurs d'oranger, doivent tenir ici un rang tout au plus secondaire ; on se trouverait peut-être bien, au contraire, de l'emploi de ces substances dans un cas de syncope, surtout lorsqu'on aurait cru remarquer quelques symptômes d'hystérie. Si ces défaillances étaient soupçonnées produites par une faiblesse réelle, on voit de suite qu'on devrait recourir aux alimens analeptiques et aux boissons toniques. Des congestions cérébrales se manifestent-elles, on les combattra par de larges saignées du bras, par des topiques réfrigérans sur la tête, des sinapismes ou des vésicatoires volans aux jambes.

Le docteur *Capuron* rapporte avoir accouché deux fois la même femme ; qui, depuis le commencement jusqu'à la fin du travail, éprouvait des convulsions si violentes, qu'on entendait craquer toutes les articulations à la fois ; cependant, au rapport de ce grand accoucheur, la femme s'est débarrassée chaque fois sans difficulté. Un autre exemple lui a été fourni par une femme pléthorique et encore jeune, qui accoucha en l'an 12 à l'Hôtel-Dieu de Paris, pendant qu'elle était plongée dans un sommeil si profond, qu'on la crut prise d'une attaque d'apoplexie. Cet état avait succédé à de violentes convulsions, et ne se dissipa qu'au bout de deux jours. A son réveil, non-seulement cette femme ne se rappelait pas ce qui s'était passé, mais encore prétendait n'avoir pas été enceinte. Ces observations attestent que les femmes prises de convulsions peuvent accoucher aidées d'un faible secours ; ce qui m'autorise à penser que les dangers qu'elles courent sont bien moins grands que dans le cas d'hémorrhagie.

Quoique assez rare, l'épuisement de la femme peut dépendre de plusieurs causes : tels sont une diète sévère et long-temps conti-

nuée, une hémorrhagie abondante, des efforts infructueux et souvent répétés pour l'expulsion du fœtus. On reconnaît cet état de faiblesse aux signes suivans : le visage est pâle, l'œil abattu, la voix presque éteinte ; la femme éprouve des syncopes au moindre mouvement ; le pouls est faible, misérable, presque imperceptible. Si l'on porte la main sur l'hypogastre, on trouve la matrice flasque, molle, sans contraction ; les douleurs sont lentes, faibles et sans effet. La première indication à remplir alors, c'est de ranimer l'énergie vitale par les restaurans, les toniques et le repos. Si ces soins ne remplissent pas le but qu'on s'est proposé, il faudrait, sans plus attendre, procéder à l'accouchement, surtout si les parties génitales étaient convenablement disposées.

Rien n'est moins constant que la marche des douleurs pendant le travail : quelquefois celui-ci, après un début naturel, cesse peu à peu et ne recommence qu'après une interruption de huit, quinze jours et plus ; mais rarement il se prolonge au-delà du terme ordinaire, par cela seul que la matrice ne se contracte que faiblement, partiellement, et reste dans une inaction qui n'est interrompue qu'à de longs intervalles ; alors l'on ne tarde pas à reconnaître que l'on a affaire à cet accident connu sous le nom d'*inertie de matrice*. Ici le médecin conseille à la femme de se promener, de se faire frictionner le ventre avec des flanelles sèches, chaudes ou imbibées d'un liquide excitant ; il lui fait prendre un lavement dans lequel entre l'hydrochlorate de soude ou le séné. Des titillations du col de l'utérus pourront aussi réveiller les contractions de cet organe. Mais l'injection de dix-huit à vingt-quatre grains de seigle ergoté semble avoir une influence plus directe sur la matrice, et solliciter plus énergiquement son action ; mais tous les accoucheurs ne sont pas encore d'accord sur l'effet de cette substance.

Toutes les maladies qui rendent l'acte de la respiration difficile obligent souvent la femme à accoucher par les secours de l'art. Celle qui porte un anévrysme n'aidera les douleurs que le moins possible, et dès que le col sera suffisamment dilaté ou dilatable, extraire le fœ-

tus avec la main ou le forceps est ce qu'il y a de mieux à faire. A l'asthmatique qui est dans l'impossibilité de faire aucun effort, conviendra une position presque verticale pendant que l'accoucheur se livre à l'opération. Une hernie, si elle est réduite et maintenue pendant les efforts, n'empêche point l'accouchement de s'effectuer ; mais si, prenant un accroissement subit pendant une douleur, elle se montre irréductible ou menacée d'étranglement, l'indication est d'appliquer le forceps ou de faire la version par les pieds sans délai.

Que l'obliquité ait lieu en avant ou sur les côtes, l'indication à remplir varie peu : une position horizontale pendant le travail ; le décubitus dorsal s'il y a antéverson, sur le côté gauche dans le cas d'obliquité droite, et *vice versa*. L'emploi d'un bandage de corps remédie avantageusement à la déviation. Si ces précautions étaient pourtant insuffisantes, l'accoucheur, avec un doigt introduit dans le vagin, ira accrocher le col et le ramènera dans l'axe du bassin, pendant que l'autre main, appliquée sur l'abdomen, secondera les efforts de la première. Il peut arriver que chez une femme qui a une obliquité utérine, le toucher, pratiqué une première fois et sans beaucoup d'attention, fasse croire à une absence complète du col et que l'on soit porté à concevoir les plus graves inquiétudes sur l'issue du travail. Signaler cette cause d'erreur, c'est mettre à l'abri de toutes méprises à cet égard.

Le resserrement du col de la matrice sur le cou de l'enfant ne s'est jamais offert à M. le professeur *Capuron* ; les auteurs ne sont pas d'accord sur la partie du col qui comprime le cou de l'enfant : les uns disent que c'est l'orifice interne, d'autres prétendent que c'est l'orifice externe. Quoi qu'il en soit, ce resserrement est naturel ou spasmodique : dans le premier cas, l'accouchement peut en être retardé, mais non empêché ; dans le second, les antispasmodiques, tels que les saignées, les bains, sont indiqués avant toute autre chose, pour relâcher le col utérin. Si l'emploi de ces moyens n'est pas suivi de l'accouchement, l'emploi du forceps est préférable à la main, lorsque l'obstacle tient au resserrement de l'orifice interne ; et il est exclusivement

indiqué lorsqu'il dépend de l'orifice externe. Dans l'un et l'autre cas, il faut éviter de pincer ou de froisser le col de l'utérus avec les cuillers de l'instrument.

Le cordon ombilical, trop long, forme souvent une anse hors des parties avant la sortie du fœtus, et demande à être reporté avec deux doigts dans la matrice. Peut-être sera-t-on obligé de l'accrocher à un membre de l'enfant : on peut le maintenir dans la matrice avec une éponge ; si l'on ne pouvait parvenir à le faire rentrer, et que, serré, il devînt froid et sans pulsations, la prudence voudrait qu'on le coupât pour en faire la ligature, et qu'on terminât aussitôt l'accouchement.

La brièveté du cordon expose aussi à des dangers non moins grands, parmi lesquels on pourrait citer l'hémorrhagie et le renversement de l'utérus : c'est lorsque le fœtus est en partie sorti hors de la vulve qu'il est possible de le reconnaître, et c'est seulement à cette époque que peut exister le tiraillement du cordon ombilical ; alors il suffit de le couper pour prévenir tout accident. Je crois que ce cas ne doit point être rangé parmi les causes de l'accouchement manuel, car on ne peut connaître l'état du cordon avant la naissance de l'enfant.

La présence de deux enfans ne retarde en rien l'accouchement ; si pourtant les deux têtes se présentent ensemble au passage, l'accoucheur en repoussera une dans le fond de la matrice ; si l'autre ne vient pas, il ira chercher les pieds de l'un d'eux pour abandonner ensuite son expulsion aux seules forces de la nature ; on devra veiller aussi à ce que le cordon soit coupé entre deux ligatures, dans la crainte que le double produit de la conception ne soit contenu dans le même sac membraneux.

Du diagnostic et du pronostic de l'accouchement manuel.

On distingue aisément le cas où la femme éprouve une perte, des convulsions, ou tout autre accident, de ceux où le travail de l'accouchement n'est compliqué d'aucune de ces causes. Mais ce n'est que par le toucher qu'on peut reconnaître la situation de l'enfant. L'in-

stant où les membranes viennent de se rompre est celui qu'il faut choisir pour toucher la femme et pour établir le diagnostic. Avant l'ouverture de l'amnios, il est bien difficile de reconnaître la position de l'enfant. Quant au pronostic, il est impossible de l'établir d'une manière précise. On peut dire, en général, que la femme qu'on accouche avec la main court d'autant plus de dangers qu'elle est naturellement plus faible et moins capable de pouvoir supporter cette opération, ou qu'elle est en butte à des accidens plus graves. Qui peut assurer les jours d'une femme déjà épuisée par la longueur du travail, ou par une hémorrhagie abondante ou de violentes convulsions? Le sort de la femme devient aussi d'autant plus dangereux qu'on diffère plus long-temps de terminer l'accouchement après l'évacuation des eaux : mais les chances que court l'enfant ne sont pas moins périlleuses ; il risque d'être victime des manœuvres opératoires ou de la plupart des accidens qui menacent la mère.

Des indications.

Ces accouchemens présentent des indications générales et particulières. Les premières consistent, tantôt à retourner l'enfant et à l'amener par les pieds, tantôt à changer certaines positions de la tête pour en trouver une meilleure, à corriger la marche défectueuse que tient quelquefois cette partie en s'engageant dans le bassin, ou simplement à repousser une extrémité dont la présence l'empêche de s'engager. Mais les indications particulières sont différentes, selon la situation de l'enfant, la partie qu'il offre à l'entrée du bassin, et les circonstances qui déterminent à opérer.

Du temps le plus favorable pour terminer l'accouchement manuel.

De deux choses l'une : ou l'enfant est mal situé dans la matrice, ou bien le travail se complique de quelques-uns des accidens dont j'ai parlé.

Dans le premier cas, le moment le plus favorable pour opérer est celui où l'orifice de l'utérus est complètement dilaté ; ce qui est indiqué, pour l'ordinaire, par la rupture spontanée des membranes. Avant cette époque, la main ne pourrait pénétrer dans la matrice qu'avec les plus grandes difficultés ; elle risquerait de meurtrir, de contondre, de déchirer le col de ce viscère, plutôt que de surmonter la résistance qu'il oppose, et la femme serait exposée à des dangers incalculables. Il faut donc attendre avec patience que l'orifice s'ouvre de lui-même et par les progrès du travail, puisqu'il n'y a point d'autre indication pressante. Mais aussi, sitôt que le moment favorable est arrivé, il faut le saisir promptement, de crainte qu'il n'échappe ; plus on diffère après la rupture de la poche des eaux, plus on donne à la matrice le temps de se contracter et d'embrasser étroitement le fœtus.

Dans le second cas, lorsque l'accouchement vient à se compliquer de quelque accident fâcheux, l'indication est sans contredit de procéder à l'accouchement avec le plus de promptitude possible. Mais que peut-on faire alors, si l'orifice utérin, encore fermé ou peu dilaté, s'oppose à l'introduction de la main ? Il faut donc nécessairement attendre, sous peine de rendre l'état de la femme plus alarmant par des manœuvres inconsidérées. Cependant on ne négligera aucun des moyens capables de relâcher le col de la matrice et d'en dilater l'ouverture : on y fera des injections émollientes ; on les exposera à la vapeur de l'eau tiède ; on y fera des onctions avec la pommade de l'*atropa belladonna* ; on aura recours aux bains, aux demi-bains, même à la saignée, si la femme est pléthorique et sanguine.

De la manière de terminer l'accouchement manuel.

Ne connaissant pas de méthode particulière, je rapporterai le procédé opératoire de M. le professeur *Capuron*, tel qu'il nous l'enseigne dans ses savantes leçons. Aussitôt que le moment d'opérer est arrivé, l'accoucheur doit nécessairement situer la femme de la manière la plus avantageuse pour elle et pour celui qui opère. Avant cette

époque, la situation de la femme est indifférente. Elle doit être couchée sur le dos et presque horizontalement, sur le bord d'une couchette ou d'un lit ordinaire, qu'on aura soin d'assujettir, s'il est monté sur des roulettes, et d'élever à hauteur d'appui pour la commodité de l'opérateur. On sent bien que le lit de sangle ne présente point ici les mêmes avantages que dans l'accouchement naturel. Pour prévenir l'affaissement des matelas sur lesquels doit porter le siège de la femme, on aura soin de placer entre eux un coussin solide, ou mieux un morceau de planche. Cette précaution prise, on fait avancer les fesses jusqu'à ce que le coccyx et le périnée débordent un peu; on place un aide derrière les épaules pour empêcher le tronc de monter ou de descendre. On fléchit à demi les cuisses et les jambes; on fait soutenir les pieds et les genoux par deux autres aides, qui les écartent convenablement, et on confie à un quatrième le soin de donner les choses qui sont nécessaires pendant l'opération.

La femme étant convenablement située et recouverte d'un drap et d'une couverture, suivant la saison, l'accoucheur se met en devoir de la débarrasser avec le plus de promptitude, mais avec le plus de douceur et de ménagement possibles. On doit toujours agir et opérer de sang-froid et paraître tranquille, même dans les cas où il y a le plus de danger, afin de ne point augmenter l'inquiétude de la femme, pour qui le moindre embarras, le moindre propos et le plus petit geste de notre part, sont alors comme autant de bouches qui semblent lui annoncer sa perte.

Lorsqu'il s'agit de porter la main dans la matrice pour opérer l'accouchement, quelques praticiens sont encore dans l'usage d'ôter leur habit et de retrousser leur chemise jusqu'aux aisselles, même de se les garnir de fausses manches, etc. Mais ces précautions, la plupart inutiles, inspirent toujours à la femme plus de crainte que de confiance. S'il est nécessaire de se découvrir les bras pour retourner l'enfant, on doit ne le faire qu'autant que la main pénètre dans la matrice et sans que la femme s'en aperçoive, et lorsqu'on les retire, on a la précaution de les essuyer avec des linges qui sont à

portée, afin de ne pas les exposer, teints de sang, aux yeux de la mère et des assistants.

Le choix de la main qu'on introduit dans la matrice dépend de la position de l'enfant, laquelle il faut tâcher de reconnaître afin d'opérer avec plus de sûreté. Lorsque les pieds, ou les genoux, ou les fesses se présentent, c'est toujours la main qui correspond aux talons, aux jambes et à la face postérieure du tronc qu'il faut introduire. L'enfant vient-il par le sommet de la tête, on introduit la main qui correspond au visage. Dans tous les autres cas, on introduit la main qui correspond à la partie de la matrice où se trouvent les pieds. L'une des deux mains est donc toujours exclusivement indiquée, à moins que la face postérieure de l'enfant ne corresponde au pubis ou au sacrum, comme dans les positions directes, que les auteurs admettent et qui sont infiniment rares; alors on peut introduire l'une ou l'autre main indifféremment; mais on réduit toujours le fœtus à l'une des positions obliques, et on en fait l'extraction comme dans la première ou seconde des pieds.

Qu'on n'oublie jamais, pendant tout le temps de l'opération, d'appliquer la main qui reste libre sur l'abdomen vers le fond de la matrice, afin de fixer ce viscère, d'en changer la situation, et de diriger les pieds du fœtus vers la main qui va les chercher.

L'accoucheur, avant d'introduire la main, la trempe dans un mucilage, ou l'enduit de beurre, soit afin d'en rendre l'introduction plus facile et moins douloureuse, soit afin de se préserver lui-même de certains virus dont la femme peut être affectée.

Pour pénétrer dans le vagin on choisit le temps de la douleur, pendant lequel le canal est poussé un peu en bas, et vient pour ainsi dire embrasser la main qui se présente. On la place de champ, on lui donne une direction parallèle à l'axe du détroit inférieur, comme pour avancer vers la saillie sacro-vertébrale; mais quand il s'agit d'entrer dans la matrice, on attend le moment du calme, durant lequel elle offre moins de résistance; alors on baisse le coude, et la main prend une direction parallèle à l'axe du détroit supérieur. Si l'entrée

des parties génitales est trop resserrée, on y introduit les doigts les uns après les autres, selon la méthode de *Celse*. Souvent la main, après avoir franchi le col de l'utérus, est tellement serrée dans le viscère qu'elle s'engourdit, et perd entièrement la faculté d'agir. Il faut la retirer alors, et ne recommencer qu'après avoir saigné la femme ou l'avoir mise dans un bain tiède. Cette précaution est d'autant plus nécessaire qu'il y a plus de temps que les eaux se sont écoulées, ou que la femme est plus sanguine ou plus irritable.

Lorsqu'il est nécessaire de retourner l'enfant, le but de l'accoucheur doit être d'aller chercher les pieds et de les entraîner au dehors. En conséquence, de la main introduite dans la matrice, il doit tâcher de parcourir lentement et sans recourber les doigts le côté de l'enfant qui correspond à la partie postérieure de la matrice; il évitera, par ce moyen, de confondre la hanche avec l'épaule, le coude avec le genou, les doigts avec les orteils, comme cela pourrait arriver s'il parcourait la face antérieure du fœtus. Arrivée aux fesses, la main trouve, pour l'ordinaire, les talons; alors elle saisit les membres abdominaux l'un après l'autre, ou tous les deux à la fois, lorsque cela est possible, les dégage ou les fait glisser l'un sur l'autre de dehors en dedans, et les entraîne en les faisant passer sur l'abdomen et sur la poitrine. Telle est la manière qu'on a conseillée jusqu'ici pour retourner ou pour pelotonner l'enfant pour en amener les pieds à la vulve; mais elle offre tant de difficultés qu'on est obligé d'y renoncer dans certaines circonstances; c'est ce qui nous a fait adopter celle-ci: au lieu de dégager les pieds dans la matrice, on ramène les genoux au détroit supérieur; ce qui se fait en agissant de la main avec force sur les fesses, pour les rapprocher de la tête, et en repoussant celle-ci vers le fond de la matrice; on dégage ensuite les pieds comme si les genoux s'étaient présentés. C'est là ce qu'on appelle la *version* ou le *pelotonnement* de l'enfant.

D'abord on se gardera bien de renverser l'enfant sur la face postérieure; car outre qu'on lui ferait courir les plus grands risques, on s'exposerait encore à déchirer la matrice, en agrandissant l'arc

sous lequel il est ployé dans ce viscère. Cet accident serait surtout à redouter si les eaux s'étaient écoulées depuis long-temps, et si la matrice s'était contractée avec force : au contraire, en pelotonnant l'enfant sur sa face antérieure, on le fléchit dans le sens qu'indique son attitude naturelle, et on le réduit à un moindre volume ; on l'éloigne donc de la surface de l'utérus, qui le presse, et on diminue les frottemens qui l'empêchent de rouler et de prendre une position avantageuse.

En second lieu, le calme de la douleur est le moment le plus favorable pour retourner l'enfant. La femme alors doit être entièrement passive, et ne se livrer à aucun effort ; mais aussitôt que les pieds sont sortis, et que la tête remonte vers le fond de la matrice, s'il vient une douleur, on en profite, et on recommande à la femme de pousser de toutes ses forces. Quoi qu'en disent certains accoucheurs, il serait imprudent et même dangereux d'abandonner l'expulsion de l'enfant aux seuls efforts de la matrice, après en avoir amené les pieds à l'orifice du vagin ; car si la tête était encore près du détroit supérieur, le tronc se présenterait alors en travers, et son expulsion serait impossible.

Il est donc bien plus rationnel de continuer la manœuvre jusqu'après l'extraction complète de l'enfant. Pour cela on tire successivement sur les pieds, sur les jambes, sur les cuisses et sur les hanches ; on ménage les articulations des extrémités inférieures et de la colonne vertébrale ; on prévient le tiraillement du cordon ombilical ; on dégage les bras l'un après l'autre, en commençant par celui qui est en arrière, et on extrait la tête, en lui faisant traverser la filière du bassin, suivant la direction et les mouvemens qui lui sont communiqués dans l'accouchement naturel.

En général, cette opération doit être faite d'une manière lente et continue : si l'on y met trop de précipitation, on risque de jeter la matrice dans l'inertie en la vidant promptement ; et si l'on tire par secousses, on compromet la vie de l'enfant. Le moyen d'éviter ces

deux écueils est de prendre la nature pour modèle, du moins autant que les circonstances le permettent.

Enfin, je ne terminerai pas sans indiquer que si l'on a quelques motifs de crainte pour les jours de l'enfant, l'accoucheur, suivant le vœu de l'église romaine, ne doit pas négliger de l'ondoyer sur la première partie qui se présente. Sans doute, pour traiter ce sujet suivant son importance, il aurait fallu franchir les bornes d'une dissertation; il aurait fallu surtout avoir pratiqué pendant plusieurs années, afin que l'expérience personnelle vint donner du poids à mes préceptes; ma tâche est donc loin d'être remplie; mais c'est avec confiance que je me rappelle cette maxime d'un poète latin :

Si desint vires, tamen est laudanda voluntas.

OVID.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Sect. 2, aph. 46.*

II.

Mulieri in utero gerenti si mammæ ex improvise graciles fiant, abortit. *Sect. 5, aph. 37.*

III.

Mulieri, menstruis deficientibus, è naribus sanguinem fluere, bonum. *Ibid., aph. 33.*

IV.

Mulierem in utero gerentem ab acuto aliquo morbo corripi, lethale. *Ibid., aph. 30.*

V.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect. 1, aph. 8.*

VI.

Sanguine effuso multo, convulsio, aut singultus superveniens, malum. *Sect. 5, aph. 3.*

